

# MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. **Prace oryginalne.** O t. zw. rozszanem zapaleniu nerwów. Podał S. Goldflam. (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi** 42. Leczenie astmy,—**Odczyty kliniczne.** O nieżytych pęcherza moczowego przez prof. Guyon'a. Strescił Dr. T. Solman. (Ciąg dalszy). — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

## O T. ZW. ROZSIANEM ZAPALENIU NERWÓW

(*Neuritis multiplex, disseminata, polyneuritis*).

Podał S. Goldflam.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 25).

U młodej więc kobiety występuje, przy objawach obrzęku, osłabienie na przód, o ile się zdaje, palców rąk, później stóp. Przy towarzyszeniu bardzo gwałtownych bólów osłabienie to szybko się zwiększa i przedstawia w dolnych jako porażenie zanikowe. Badanie elektrycznością wykazuje całkowity odczyn zwyrodnienia w nerwach i mięśniach dolnych kończyn, jest to więc zanik zwyrodniający, to jest nerwy i mięśnie uległy wielkiej zmianie budowy. W górnych kończynach znajdujemy tylko częściowy odczyn zwyrodnienia i na mniejszej przestrzeni, co dowodzi, że zmiany zwyrodniające w nerwach i mięśniach są tutaj mniejszego natężenia i rozprzestrzenienia. Porażenie też jest daleko więcej wyrażone na dolnych kończynach, gdzie całkowicie zajmuje golenie i stopy, aniżeli na górnych, w których ręce są najbardziej dotknięte. Odruchy ścięgnięte są zniesione we wszystkich 4 kończynach, a najważniejsze ze skórnych, podeszwo- we są również zniesione. Nerwy górnych kończyn są zgrubiałe, bolesne, rozpromieniają przy ucisku ból na obwodowe ich zakończenia na dłoni i palcach. Mięśnie są jeszcze w wyższym stopniu na dotyk bolesne. Istnieją zaburzenia przedmiotowe uczucia bardzo wybitne, jak znieczulenie dotykowe, temperatury, faradyczne, po części także bólowe, obok nadmiernej wrażliwości na ból, opóźnienia tego wrażenia i jego wielokrotności; podmiotowo istnieje palenie i darcie, mrowienie i t. d. głównie w dolnych kończynach. Oprócz zaniku mięśni mamy inne objawy naczynioruchowe i odżyweze skóry, jak sinica, obrzęki, łuszczenie i pocenie się skóry, pęknięcie paznogi i t. d. Wszystkie te dane, a zwłaszcza bóle neuralgiczne, porażenie zanikowe ze zniesieniem odruchów, zmiany czuciowe, zgrubienia i bolesność obwodowych nerwów przemawiają za sprawą obwodową, mianowicie w nerwach mięsanych umiejscowioną. Tak obszerne porażenie z zanikiem zwyrodniającym mogłoby być spowodowane i przez zapalenie substancji szarej rogów przednich, dotykające zwojowych komórek (*poliomyelitis anterior*). Bóle które w ostatnim cierpieniu istnieją nie dochodzą wszakże nigdy do większego natężenia,

zwłaszcza do takiej gwałtowności jak w naszym przypadku, w którym miały charakter bólów neuralgicznych. Zmiany przedmiotowe czucia w *poliomyelitis* są prawie żadne, gdy w naszym przypadku były bardzo wybitne. Nerwy w tem cierpieniu rdzeniowem nigdy nie są zgrubiałemi, nie są też tak wrażliwemi na ucisk, ani nie promieniują bolesnych wrażeń na części obwodowe jak w zajmującym nas przypadku. Zaburzenia naczyńioruchowe i odżywcze skóry również tylko przy rozsianem zapaleniu nerwów się zdarzają, a nie przy sprawie przednich rogów. Porażenie zanikowe w naszym przypadku dotyka całego obszaru danego nerwu, na górnej np. kończynie nerwu promieniowego, na dolnej—nerwu łydkowego, goleniowego tylnego. Przy umiejscowieniu rdzeniowem porażen zanikowych, te ostatnie przedstawiają pewne ugrupowanie, niezależne od obwodowej inervacji, ale zgodne więcej z czynnością fizjologiczną danych mięśni, co zawisłem jest od tego, że czynnościowo zbliżone do siebie mięśnie mają ośrodki rdzeniowe blisko siebie położone w rogach przednich (Remak). Tak np. przy porażeniach rdzeniowych mięsień nawrotny długi nie zachowuje się tak jak inne mięśnie zależne od nerwu promieniowego, ale ulega porażeniu zanikowemu wraz z innymi zginaczami ramienia; przy porażeniu wyprostnych uda mięsień krawiecki (otrzymujący gałązki od nerwu udowego) zostaje nietknięty; mięsień goleniowy przedni w porażeniach rdzeniowych zachowuje się antagonistycznie do innych, zależnych od nerwu łydkowego.

W *myelitis centralis* nabrzmienia łądźwiowego i szyjowego, zajmującym rogi przednie i tylne mielobąsy także bóle, porażenie zanikowe zwyrodniające, brak odruchów ścięgnistych i skórnych, obrzęki, znieczulenia i t. d., ale porażenie by dotyczyło wszystkich mięśni kończyn prawie jednostajnie, a nie przeważnie części obwodowych i rozgałęzień pewnych nerwów (np. promieniowych na górnych, kulszowych na dolnych), szybko by wystąpiły zaburzenia czynnościowe pęcherza i kiszki stolcowej, z początku zatrzymanie moczu, później moczoceki, ze wszystkimi następstwami jak nieżytem pęcherza, alkalicznością moczu i t. d. Odleżyny szybko by powstały.

Przebieg. Przy obwodowej elektryzacji, mięsieniu, kąpielach, możliwie pożywej diecie i lekach wzmacniających do wewnątrz, chora znakomicie się poprawiała, ruchy zaczęły wracać zwłaszcza w górnych kończynach, bóle w dolnych znacznie się zmniejszyły. 22/XII 85 zanotowano. Tętno 90. Nerwy pośrodkowe, promieniowe, i łokciowe są łatwo dostępne, ale mniej się wydają zgrubiałemi, choć ucisk ich jeszcze odzywa się bólem (kluciem) na odpowiedniej części skóry dłoni, bardziej po stronie prawej. Skóra rąk jest jeszcze cienka, pomarszczona, zimna, spocona, ale mniej sina niż dawniej na ostatnich członkach. *Thenar*, a zwłaszcza *hypothenar* nabierają wypukłości, ale środek dłoni jest wklęsły i ścięgną zginaczy przeświecają. Wyprostowanie palców jest z wyjątkiem środkowych, prawie zupełnie możliwe, tak samo inne ich ruchy powróciły. Dynamometr chora może już ścisnąć w obu rękach z siłą 20 kilogr. gdy dawniej żadnej siły w ręku nie miała. Ruchy w innych stawach górnych kończyn są nawet dość silne. Odruch trójdzielnego ramienia wywołać można. Mięśnie ramienia i przedramienia są jeszcze na ucisk bolesne, pobudliwsze mechanicznie, aniżeli normalnie, ale skurecz od perkussji nie jest już przeciągły. Czucie dotykowe na średnim

palcu, wskazicielu, paluchu (w mniejszym stopniu) i odpowiedniej części ręki jest tylko dla bardzo słabych dotknięć zniesione, w mniejszym jeszcze stopniu na lewej ręce. Czucie bólowe jest natomiast wzmożone (nadeżność). Zmysł mięśniowy nie jest już dotknięty (może w słabym stopniu w prawym wskazicielu). Chora lewą swoją rękę uważa za lepszą, a lewą dolną kończynę za gorszą. Ta ostatnia więcej się poci, aniżeli prawa. Obie stopy są obrzękłe, zwłaszcza na podszwach, które w przedniej swej części są już mniej, aniżeli dawniej sine. Skóra stóp jest cieniutka, paznogie zmacerowane, na grzbiecie 4 palca lewego widać owrzodzenie powstałe samoistnie, ale będące już na drodze do zabliznienia. Ból przy ucisku stopy jest obecnie bardzo mały, mięśni zaś łydki i uda jeszcze znaczny. Ruchy stawów skokowych i palcowych zniesione, w stawie kolanowym są jeszcze osłabione, a w biodrowym silne. Odruchów kolanowych brak. Czucie dotykowe jest zniesione na stopach, mniej dotknięte na łydkach; bólowe zaś jest w tych okolicach zmniejszone, dla mocniejszych ułć wzmożone, opóźnione, niekiedy zdwojone. Czucie temperatury jest dla dużych różnic na stopach zachowane. Zmysł mięśniowy dotknięty jest w słabym stopniu w stawach skokowych, w większym — w palcowych. Stoi i chodzi już opierając się o ramię drugiej osoby, kończyny dolne musi wysoko podnosić, gdyż stopa opada własnym ciężarem. Najmniejszy wysiłek powoduje zesinienie podszwy i dłoni. Objętość kończyn znacznie prawie nie uległa. Wypisała się z kliniki 14/I 86 ze znaczną poprawą.

Chorą widziałem następnie w domu 14/IV 86 i znalazłem poprawę jeszcze bardziej zarysowaną. Odżywianie ogólne lepsze, chora czuje się znacznie zdrowszą i silniejszą, jest w stanie pracować 8 do 10 godzin dziennie (szyje, lub zajmuje się introligatorską robotą) i przejść sama przez pokój. Ruchy palcami rąk zupełnie dokładne i dość silne, czucie w nich prawidłowe. Nerwy na ramieniu mniej są dostępne, nie wywołuje się już bólu w miejscu ucisku, ale nieprzyjemną iradycję na dłoń (zwłaszcza od prawego nerwu pośrodkowego). Pocenie rąk i stóp ustąpiło, ale skóra jeszcze cienka, sinawa, na stopach obrzmiała. Opuszczenie nóg siność zwiększa, chodzenie wpływa na powiększenie obrzmienia. W stawie skokowym widać bardzo słabe zgięcie podszwowe i przy ruchach biernych czuje się już pewne napięcie mięśni; ruchy w palcach jeszcze zniesione. Odruchy kolanowe wyraźne z obu stron, ale nie wzmożone; odruchu ścięgna Achillesa nie ma; odruch brzuszny istnieje. Mięśnie już nie są na ucisk bolesne, nie ma też już samoistnych bólów w dolnych kończynach, z wyjątkiem słabego niekiedy klucia. Przedmiotowo, czucie dotknięte jest na stopach, gdzie jeszcze istnieje opóźnienie wrażenia bólowego, na łydkach czucie powróciło. Badany mocz nie zawiera ani cukru ani białka. Tętno koło 72.

Widziałem chorą następnie 20/V 86. Skarżyła się na obrzmienie twarzy i kończyn dolnych i zmniejszenie ilości moczu od paru dni. Policzki (zwłaszcza lewy) rzeczywiście nabrzękłe, a co do kończyn dolnych, to nie tylko stopy, ale i łydki (lewa więcej) są obrzmiałe. Świeżo oddany mocz w ilości 30 ctm. był mętny z pływającymi kłaczkami śluzu i kwaśny, białka nie zawierał, ale, za świeża już, bardzo wiele żółtych kryształów kwasu moczowego w kształcie równoległobocznych tabliczek. W łydkach i stopach palenie, klucie i darcie ię zwiększyło.

24/V 87. Obrzmienie z twarzy zeszło, ale na stopach, goleniach, nawet udach jeszcze pozostało. Ilość moczu się zwiększyła, jest on bledy, trębę mętny (*fluor albus*), białka ani kryształów kw. moczowego nie zawiera.

Przedsięwzięte tego dnia badania elektryczne wykazało znaczną poprawę oddziaływania w nerwach i mięśniach górnych kończyn.

*N. radialis sin.* daje przy 6 ctm. energiczny skurecz wszystkich mięśni. Przy 30 El energiczny KaSZ.

*N. medianus sin.* przy 6½ ctm.; przy 35 El (KaSZ) energiczny skurecz wszystkich mięśni.

*M. extensor dig. com. sin et abductor poll. lon sin.* przy 7 ctm., a przy 30 El bardzo energiczny KaSZ > AnSZ.

*M. radialis externus lon. sin. et supinator lon. sin.* przy 6½ wyraźny skurecz. Przy 35 El dość energiczny KaSZ > AnSZ.

Mięśnie kłębu palucha i paluszka, międzykostne oddziałują dość energicznie na strumienie faradyczne i prawidłowo na galwaniczne, z wyjątkiem *m. abductoris poll. br.* którego galwaniczny skurecz jest słaby i AnSZ nawet > KaSZ.

W oddziaływanin nerwów udowych i czworogłowych uda również poprawa jest widoczną.

*N. cruralis dexter* przy 7 ctm., 30 El (KaSZ).

*N. cruralis sin.* przy 6 ctm., 35—40 El (KaSZ).

*M. Quadriceps dex.* przy 3 ctm., przy 50 El KaSZ nieco większe od AnSZ.

*M. Quadriceps sin.* przy nasuniętych cewkach daje słaby skurecz, a przy 60 El AnSZ = KaSZ, dość przeciągle.

Oddziaływanie nerwów i mięśni goleni jest jak i dawniej bardzo upośledzone. Oba nerwy łydkowe nie są pobudliwe przez strumienie faradyczne. Strumień zaś galwaniczny bardzo silny bardzo słabo drażni prawy nerw łydkowy. Mięśnie przednio-zewnętrznej i tylnej powierzchni goleni nie oddziałują na dostępne strumienie elektryczne.

W niespełna miesiąc później 16/VI 86 chora skarżyła się na kaszel, powolne obrzmienie twarzy i zwiększenie się jego na dolnych kończynach. Ilość moczu mniejsza, białka nie zawiera. Chora jest bledsza, tętno słabe 85, łaknienia nie ma, język obłożony, w płucach nie nieprawidłowego wykryć nie można. *Conjunctivitis catarrhalis.* Już w kilka dni później stan chorej po obfitem oddaniu moczu znacznie się poprawił, obrzmienie twarzy i kończyn dolnych się zmniejszyło, łaknienie wróciło, kaszel i nieżyt łącznicy ustąpiły.

Chorą widziałem następnie dopiero 19/III r. b., którego to dnia w łóżku ją zastałem z obrzmiąłą twarzą. Opowiada, że stan jej zdrowia bardzo znacznie się był poprawił, bo pracować mogła, nawet chodzić po kamieniach. Ostatniego lata, bawiąc na wsi, dostała gwałtownego bólu palców nóg, który się zmniejszył dopiero wtedy, kiedy się na nich potworzyły zgrubienia i pęcherze, które pękały. Przed paru miesiącami wystąpiła na rękach, powierzchniach wyprostnych przedramion, stopach i goleniach czerwona wysypka swędząca, po czym skóra pokryła się strupami i łuszczyła. Ale pomimo to, stan chorej byłby zupełnie zadowalniający, gdyby nie okoliczność, że mocz od czasu do czasu się wydziela w mniejszej ilości i że wtedy twarz i dolne kończyny brzmieją. Trwa to przez

parę dni, dopóki mocz nie zacznie się obficie wydzielać (pierwsze porcje są bardzo czerwone), wtedy obrzmienie się zmniejsza i chora szybko wraca do zdrowia. Tak też było przed 5 dniami, twarz i stopy silnie obrzmiały, przylać się mocny kaszel, ale obecnie mocz wydziela się już obficie, czuje się trochę lepiej, tylko że jeszcze kaszel jej dokucza. Z prawej strony klatki piersiowej od tyłu i dołu oddech jest osłabiony, słychać rżenia wilgotne. Stopy jeszcze obrzmiały, skóra podeszew i palców jest cienka i czerwona. Ruchy w stawach golenio-stopowych słabe, w palcach ledwie dostrzegalne. Odruchy kolanowe są bardzo słabe, a lewy jeszcze słabszy aniżeli prawy. Czucie nieco się poprawiło: dotykowe jest zniesione na podeszwach, zmniejszone na grzbietach stóp i dolnej części goleni; bólowe jest na podeszwach znacznie opóźnione, dotkliwe i długotrwałe. Ruchy rękami są zupełnie zadawalniające. Skóra powierzchwni grzbietowej rąk czerwona, pomarszczona, łuszcząca się.

Do poprzedniego wszakże zdrowia L. nie wróciła. Po tygodniowym leżeniu w łóżku czuła się bardzo osłabioną, dostała silnego darcia w goleniach, stopach, klucia w palcach rąk, zaczęła gorzej chodzić i nie może jak poprzednio pracować, z powodu zeszywnienia palców. Miała się też krew pokazać w moczu, który odchodził wtedy często i z bólem, a przed 3 tygodniami pokazało się małe krwiopłucie. Chora czując się coraz gorzej, wstąpiła po raz drugi do kliniki 22/V r. b.

Stan bezgorączkowy, tętno 76, jest blada, obrzmiała tylko na stopach, zwłaszcza podeszwach. W obu wierzchołkach wydech nieokreślony, zbliżony do oskrzelowego, bez rżenia. Płwociny bardzo mało, jest śluzową i laseczników gruzliczych nie zawiera. Ilość dobową moczu koło 1200 ctm. c. g. 1013, mocz cewnikiem wypuszczony jest mętny, zachowuje swą kwasność przez parę dni, zawiera białka ślad w kształcie opalizacyi, w osadzie tylko ciałka śluzowe w wielkiej obfitości, laseczników Kocha nie znaleziono.

Sfera ruchowa kończyn dolnych nie jest zmieniona w porównaniu z poprzednim badaniem, ale odruchów kolanowych wywołać już nie można. Czucie dotykowe na stopach i  $\frac{1}{3}$  części dolnej goleni jest zniesione, uklucia często w tych miejscach nie czuje, lub też bardzo dotkliwe i z opóźnieniem. Największe zmiany są na palcach, gdzie, oprócz tego, dużych różnic ciepłoty chora nie odczuwa; zmysł mięśniowy jest też w nich zniesiony. Przy ucisku mięśni goleniowych ból znowu istnieje, ale w mniejszym już, aniżeli na początku choroby, stopniu. Podmiotowo chora doznaje klucia w palcach, podeszwach, palenia w goleniach i ciągnięcia w łydkach podczas chodzenia. Skóra na stopach jest bardzo cienka, czerwona na przedniej części podeszwowej powierzchni, poci się i łuszczy, bardzo łatwo brzmieje przy chodzeniu. Nerwy łydkowe, mięśnie goleniowe przednie, wyprostne palców wspólne długie nie oddziałują na oba strumienie. Mięśnie łydkowe i dwugłowe łydki (*gastrocnemii*) nie oddziałują na strumienie faradyczne, a na galwaniczne bardzo słabo przy 60 El (6 MA) KaSZ nieco > lub = AnSZ, skurez leniwy, powolny. Nerwy goleniowe tylne dają przy bardzo silnych strumieniach faradycznych słaby skurez, przy 60 El (7 MA) KaSZ słaby. Nerwy kulszowe nie są pobudliwe na elektryczne strumienie. Mięśnie półścięgniste, dwugłowe uda dają słaby skurez przy działaniu silnych faradycz-

nych strumieni, a przy silnych strumieniach galwanicznych słaby i leniwy skurecz. Nerwy udowe i mięśnie od nich zależne mają tylko pobudliwość elektryczność zmniejszoną.

Ruchy rękami nie są tak jak poprzednio swobodne, w lewej mianowicie ręce jest wyprostowanie IV palca w stawie śródrečno-palcowym upośledzonym, w prawej—tenże ruch czterech ostatnich palców, a także ksobny i odsiebny. Ścisła prawą ręką z siłą 12 kilogr. lewą 28. Czucie również nieco ucierpiało, mianowicie dotykowe w lewej ręce na powierzchni grzbietowej ostatniego członka wskaziciela i po części palucha, a w prawej ręce na grzbietowych powierzchniach dwóch ostatnich członków palca środkowego, ostatnim członku wskaziciela i palucha. Czucie bólowe jest najczęściej spotęgowane w dwóch palcach promieniowych i odpowiedniej części ręki, czasem tylko słabszego ułkucia w prawej ręce nie czuje. Zmysł mięśniowy jest trochę upośledzony w palcach promieniowych prawej ręki. Z nerwów ramienia tylko pośrodkowe wyczuwają się jako twarde, zgrubiałe i bolesne sznurki, przy ucisku promieniujące ból na dłoń. Oddziaływanie elektryczne uległo znacznemu pogorszeniu, w porównaniu z ostatniem badaniem, zwłaszcza w obrębie nerwów promieniowych, przy drażnieniu których średniej siły strumieniami otrzymuje się skurecz wszystkich mięśni, z wyjątkiem wyprostnego palców wspólnego. Przy bezpośredniem drażnieniu ostatniego po stronie prawej nie otrzymuje się skureczu nawet przy pomocy najsilniejszych strumieni faradycznych, a przy 30 El (2 MA) AnSZ= może nawet >KaSZ, skurecz jest słaby i leniwy. Mięsień zaś wyprostny palców wspólny lewy i wyprostny palucha długi lewy dają słaby skurecz przy drażnieniu bardzo silnemi strumieniami faradycznemi, a przy 45 El (3 MA) KaSZ > AnSZ typowo-powolne. Mięśnie kłębu palucha dają słaby i leniwy skurecz przy drażnieniu silnemi strumieniami faradycznemi (faradyczny odczyn zwyrodnienia), z wyjątkiem odsiebnego, który się wcale nie kurczy; przy 55 El (3 MA) AnSZ > KaSZ, słabe i typowo-powolne. Mięsień odsiebny palca małego kurczy się dość energicznie od średnich strumieni faradycznych, przy 60 El (4 MA) AnSZ > KaSZ, robaczkowe. Mięśnie międzykostne oddziałują dość dobrze na strumienie faradyczne (z wyjątkiem pierwszego prawego, dającego faradyczny odczyn zwyrodnienia), od galwanicznych zaś dają słaby, długotrwały skurecz. Mechaniczna pobudliwość wszystkich tych mięśni o zmienionem oddziaływaniu elektrycznem, a także niektórych innych, jak dwugłowego, nawrotnego jest wzmożona, z leniwym charakterem skureczu. Perkusja taka mięśni jest bolesna, ale znacznie mniej aniżeli na początku choroby. Odruchów ścięgniastych nie ma.

Co się tycze etjologii zajmującego nas cierpienia, ważnym jest fakt, że mąż wyżej opisanej L. jednocześnie zachorował przy objawach bardzo podobnych do tych, które żona przedstawiała, chociaż słabszego natężenia. Nie kładł on się wcale do łóżka, a pierwszy raz przyszedł do mnie 11/X 85, kiedy już żona jego była w klinice, skarżąc się na trudność chodzenia, z powodu osłabienia nóg. Od Wielkiej Nocy i przez całe lato był chory na żołądek, dostawał mianowicie często wymiotów, po których prawie zawsze twarz brzmiała, mocz był ciemniejszy, ale nie zmniej-

szony ilościowo. Przed 8 tygodniami zrobiło mu się na żołądek lepiej i apetyt powrócił, ale wtedy obrzmiały podeszwy i palce u nóg, co chodzenie znacznie utrudniało. Powoli osłabienie posuwało się aż do kolan, chodził coraz gorzej mając uczucie piasku pod stopami, zwłaszcza na prawą nogę utykał. Od 3 tygodni miewa i w rękach uczucie jakby obecności piasku za skórą, a znajomi zwrócili uwagę na brzmienie twarzy. Chory ma lat 32, jest dobrze zbudowany, nie przedstawia zbożeń narządów wewnętrznych ciała. Stopy są obrzmiałe (prawa bardziej), na prawej kostce wewnętrznej owrzodzenie drażące w głąb, otoczone skórą siną, o którym chory nie wie w jaki sposób powstało. Normalne napięcie w stawach skokowych jest zniesione, tak że ruchy bierne żadnego nie przedstawiają oporu. Ruchy czynne stóp są osłabione, a jeszcze więcej palców (zwłaszcza prawych), w których ruchy są bardzo ograniczone. Chód powolny, niedowładny. Odruchy kolanowe są słabe. Czucie dotykowe jest zmniejszone na stopach i zewnętrznej powierzchni goleni (więcej z prawej strony). Oddziaływanie nerwów i mięśni goleni i stóp na strumienie elektryczne jest ilościowo zmniejszone, istnieje mianowicie znaczny upadek pobudliwości faradycznej i galwanicznej.

Przeszło w pół roku później 17/VI 86 widziałem chorego po raz drugi. Ma się znacznie lepiej, ale doznaje uczucia, jakby chodził na grochu i ma ból w podeszwach. Skóra na ostatnich jest delikatna, ścieńczała, nieco obrzmiała. Ruchy palców są jeszcze ograniczone, odruchy kolanowe słabe. Czucie prawidłowe.

Nie ulega wątpliwości, że cierpienie to kończyn dolnych u męża było, co do swej istoty, tej samej natury, co i u naszej chorej. Wystąpiło w tym samym czasie, przy towarzyszeniu w obu przypadkach objawów żołądkowych i obrzęków, nie było wprawdzie u męża tych gwałtownych nerwobólów, które tak wybitne zajmują miejsce w początkowym okresie chorobowym żony, ale istniały parestezyje, jak uczucie piasku, grochu pod podeszwami, były bóle przy chodzeniu, a przedmiotowo można było stwierdzić przytępienie czucia dotykowego. Ale też u męża natężenie objawów chorobowych było daleko mniejsze, nie doszło jak u naszej chorej do porażen i zaników, chociaż w stawach golenio-stopowych ruchy były osłabione, a zwłaszcza w palcowych, w których pół roku później ruchy były jeszcze upośledzone. Odruchy kolanowe okazały się słabe, a oddziaływanie elektryczne wprawdzie jakościowo nie zmienione (brak odczynu zwyrodnienia), ale ilościowo zmniejszone. Należy dodać, że lekarz domowy uważał chorobę u obu małżonków za identyczną, że w tym samym czasie siostra chorej, spijająca z nią w jednym łóżku, również była cierpiąca na obrzmienie stóp, ból w podeszwach, drętwienie palców rąk, ogólne osłabienie i brak apetytu, które to objawy minęły prędko po ogólnem wzmacniającem leczeniu.

Jeżeli istota choroby u obu małżonków, chociaż różna pod względem natężenia objawów, jest jednakowa, to i przyczyna ją wywołująca, u dwóch osobników żyjących w jednakowych warunkach wieku, żywności i pomieszkania, musi być też sama. Przedewszystkiem nasuwa się ta okoliczność, że na krótko przed wystąpieniem objawów porażenia kończyn, u chorej wystąpiły pewnego dnia wymioty po zjedzeniu śniadania, składającego się z bulki z masłem i kawy. Już nastajutrz L. była zdrowa. Objawy żołądkowe (wymioty) powtórzyły się w następ-

stwie, ale znacznie później i podczas istnienia obecnej choroby. Zaburzenia żołądkowe, a zwłaszcza wymioty, były objawem uporczywym u męża i na długi czas, bo kilka miesięcy poprzedzały wystąpieniu u niego niedowładu. Czy więc nie można upatrywać w tych zaburzeniach żołądkowych faktu, który do zrozumienia istoty cierpienia się może przyczynić, czy nie zachodzi tu pomiędzy objawami żołądkowymi i porażeniami kończyn jakiś związek bliższy. Naturalnie, nasuwa się tu myśl o zatruciu, tembardziej, że wszyscy domownicy (mąż i żona, siostra ostatniej, pasierb, kilkoro czeladzi) owego dnia dostali wymiotów, jedni wcześniej, drudzy o parę godzin później, niektórzy w nocy. Mężowi nawet zjawisko to wydało się tak dalece dziwnem, że wspomniał o zdarzających się wypadkach zatrucia, po spożyciu zanieczyszczonej sporyszem, mąki. Po ustąpieniu objawów żołądkowych nie było już o tem mowy, a chora przypisywała później rozwijającą się chorobę raczej nadmiarowi pracy, zanieganiu i złym warunkom higienicznym mieszkania, jak wilgoci, dusznemu powietrzu. Naszym wszakże obowiązkiem jest uwzględnić możliwość zatrucia w danych przypadkach chorobowych, o ile, że niektóre sprawy porażeniowe i zanikowe mięśni kończyn mogą być w istocie spowodowane zatruciem, że tylko wspomnę o porażeniu ołowianem.

Rozpatrzmy przedewszystkiem, czy otaczające warunki sprzyjały zatruciu. Chora od lat 12 zajmowała się introligatorstwem i ani ona sama, ani współpracownicy i domownicy z tego tytułu szwanku na zdrowiu nie ponieśli. Wprawdzie, w tem rzemiośle używa się farb anilinowych dla nadania papierowi zielonej, lub czerwonej barwy i wiadomo, że chociaż farby anilinowe nie są same przez się trujące, to jednak przez domieszkę arszeniku (0,3—0,5%), jaką zawierają, mogą, przyjęte do żołądka z winem, wyrobami cukierniczemi, lub przez działanie na skórę, wywołać objawy zatrucia, zależne od arszeniku <sup>36)</sup>. Ale w danym wypadku w ciągu tyloletniego używania farb anilinowych nie zauważono u nikogo z domowników objawów jakiegokolwiek zatrucia, a arsenikowego w szczególności, a wymioty owego dnia wystąpiły także u tych domowników, którzy robotą introligatorską wcale się nie zajmowali, a więc u męża, siostry i pasierba.

Nie może więc tu być mowy o zatruciu zawodowem, a przyczyny jednoczesnego zachorowania wielu osobników szukać należy w wypadkowej szkodliwości, zawartej według wszelkiego prawdopodobieństwa w śniadaniu, po spożyciu którego wystąpiły wymioty. Chora sama wyklucza możność rozmyślnego zatrucia przez któregoś z domowników i popiera to tym faktem, że nikt z ostatnich nie został oszczędzony i że kawa, która wraz z bułką i masłem stanowiła śniadanie, była przez własną jej siostrę przyrządzona. Należy więc przypuścić wypadkową, a szkodliwą dla zdrowia domieszkę do kawy lub bułki. Mąż chorej wspominał o sporyszu i rzeczywiście przy ostrych zatruciach spowodowanych tym grzybkiem występują przedewszystkiem objawy żołądko-kiszkowe, jak wymioty, rozwolnienie, bóle brzucha, ale także zawroty głowy, zciemnienie wzroku, ból głowy, rozszerzenie lub zwięźlenie źrenic, powolne i słabe tętno i t. d. <sup>37)</sup>. W rzadkich przypadkach spostrzegano bóle nerwowe palców,

<sup>36)</sup> L. Lewin. Real-Encycl. Bd. I, S. 473.

<sup>37)</sup> Boeck. Ziemssen XV. S. 571.



swędzenie skóry, nawet osłabienie mięśniowe. Wszystkie te objawy w przypadkach niezakończonych śmiercią, szybko ustępują. Nie rozstrzygając, czy w danym przypadku wymioty były spowodowane zatruciem sporyszowem, należy zaznaczyć, że to ostatnie nie mogło być przyczyną znacznie później rozwijającego się cierpienia pod postacią rozsianego zapalenia nerwów. Wprawdzie objawy nerwowe są, po przewlekłym zwłaszcza zatruciu sporyszem, częste, ale cechy ich, są zupełnie inne, aniżeli te, które w naszych przypadkach spostrzegaliśmy. Oprócz zaburzeń intelligencji i napadów drgawkowych, chorzy od zatrucia sporyszem przedstawiają, jak ostatnie badania wykazały <sup>38)</sup>, wszystkie charakterystyczne objawy władu rdzeniowego. TUCZEK i SIEMENS <sup>39)</sup> nawet znaleźli na sekcji 4 przypadków tego t. zw. *ergotismus spasmodicus*, zwyrodnienie tylnych pęczków rdzenia, takie same jak w władze. W innej postaci przewlekłego zatrucia sporyszem, znanego tylko z opisów epidemicznego wystąpienia w średnich wiekach, były objawy suchej najczęściej zgorzeli wszystkich kończyn, t. zw. *ergotismus gangraenosus* <sup>40)</sup>.

Ostre zatrucie ołowiane również może powodować objawy żołądkowe, jak wymioty, ale porażenie bywa najczęściej następstwem przewlekłego zatrucia tym metalem i jest tak charakterystyczne, że rozpoznanie takiego porażenia może być uskutecznione na pierwszy rzut oka. Zaczyna się ono mianowicie od mięśnia wyprostnego palców wspólnego, przechodzi następnie w pewnym porządku na inne mięśnie, otrzymujące gałązki od nerwu promieniowego, tem się cechując, że mięsień wyrotny długi (*supinator longus*) prawie zawsze pozostaje nietkniętym. Porażenie kończyn dolnych tylko rzadko się zdarza, objawów czuciowych nie ma prawie wcale.

Musimy uwzględnić jeszcze jedno zatrucie, może najczęstsze i najniebezpieczniejsze, jest to zatrucie arsenikowe. W niektórych rzadkich przypadkach, zatrucie takie po ustąpieniu ostrych (żołądko-kiszkowych) objawów pozostawić może, jak to w zamieścić się mającem poniżej spostrzeżeniu się okaże, porażenia i zaniki mięśni kończyn, których całokształt jest najzupełniej podobny, może nawet identyczny, z *neuritis multiplex*. Nie sądzę wszakże, żebyśmy w opisanym przypadku L. mieli do czynienia z zatruciem arsenikowem. W przypadku nagłego i jednego dnia wystąpienia wymiotów u wielu osobników mogłaby być tylko mowa o ostrem zatruciu, ale to ostatnie po 0,1—0,2 kwasu arsenawego (*acid. arsenicosum*) wywołuje nie tylko obfite i uporczywe wymioty, ale także rozwolnienie często z krwią, bóle brzucha i inne objawy jak przy cholery, siność twarzy, oziębienie skóry, kurcze w łydkach, małe, nitkowate tętno, utrudnienie oddechu,

<sup>38)</sup> Des manifestations medullaires de l'ergotisme et du lathyrisme par P. Marie. Progrès médical 1888 Nr. 4 et 5.

<sup>39)</sup> Arch. f. Psych. Bd, VIII i XI. Neurol. Centr. 1886 Nr. 15.

<sup>40)</sup> W niektórych krajach (Włochy), po spożyciu mąki zmieszanej ze znaczną ilością *Lathyrus sativa*, *cicera* występują objawy nerwowe, mianowicie porażenie kończyn dolnych. To ostatnie cechuje się przykurczeniami, powiększeniem odruchów, brakiem zaburzeń czuciowych, pęcherzowych, zaników i t. d., jednym słowem przedstawia obraz kliniczny porażenia kurczowego (*paraplegia spasmodica*). Niektórzy autorowie przypuszczają zmiany w rdzeniu, mianowicie w pęczku bocznym (pyramidalnym, Marie).

a w przypadkach niepomysłnych nieprzytomność, majaczenie, drgawki i śmierć w kilka lub kilkadziesiąt (przecięciowo 10) godzin <sup>41)</sup>. W naszym przypadku były tylko wymioty, a i te nie były gwałtowne, rozwolnienia nie było wcale i nie było mowy o tak ciężkich objawach zatrucia, jak powyżej podane, gdyż już nazajutrz wszyscy domownicy byli zdrowi i powrócili do swych zajęć. Ciężkim też i niepodobnym do naszego przypadku jest obraz zatrucia spowodowanego częstym przyjmowaniem mniejszych dawek 0,001—0,008. Innym też jest obraz przewlekłego zatrucia arsenikiem, t. zw. charłactwa arsenikowego. Składa się nań, według LEWINA, szary koloryt twarzy, ogólne wychudnienie i osłabienie, wypadnięcie włosów i paznogi, owrzodzenia na różnych częściach ciała, zwłaszcza błonach śluzowych; objawy niestrawności, drżenie rąk i mięśni twarzy, przynębienie psychiczne, utrata pamięci, bezsenność, przewlekłe zapalenia błon śluzowych (*conjunctivitis, bronchitis, otitis*), obrzęki, gorączka hektyczna i t. d. Jest to jednym słowem obraz chorobowy, którego w naszym przypadku nie było.

Porażenia, pochodzące z zatrucia innymi substancjami są prawie nieznanne. NAUNYN <sup>42)</sup> wspomina o jednym przypadku porażenia spowodowanego zatruciem miedzią z umiejscowieniem w górnej kończynie takim samym, jak przy porażeniu ołowianem. O porażeniach cynkowych wcale autor ten nie wspomina.

Widać z powyższego, że chociaż fakt wymiotów u chorej L. i wszystkich domowników nasuwa uzasadnione podejrzenie, że w spożytym przez nich śniadaniu (prawdopodobnie w bułce, która miała tego dnia gorzki smak) znajdowała się drażniąca żołądek i powodująca wymioty substancja, to jednak nie można później rozwijającego się rozsianego zapalenia nerwów postawić w zależności przyczynowej od działania tej szkodliwej substancji, że to późniejsze cierpienie nie było w każdym razie spowodowane temi trującymi pierwiastkami (*ergotismus, saturnismus, arsenicismus*), które najczęściej wywołują objawy nerwowe w sferze ruchu i czucia, jak porażenia, zaniki mięśniowe, znieczulenia i t. d.

Wykluczwszy w naszym przypadku zatrucie, jako przyczynę rozsianego zapalenia nerwów, wykluczwszy alkoholizm, przymiot, gościec stawowy, choroby zakaźne, jak ospa, błonica i t. d., w następstwie których *neuritis multiplex* mogłoby się rozwijać, pozostaje fakt, dotychczas nieobserwowany, jednoczesnego wystąpienia tego cierpienia u dwóch osobników (siostry chorej nie obserwowałem), będących w jednym wieku, żyjących w jednych warunkach mieszkania, pożywienia i t. d., u których więc powstanie choroby zależało, według wszelkiego prawdopodobieństwa, od tych samych warunków chorobotwórczych (SCHEUBE mówi wprawdzie o epidemii *neuritidis multiplicis*, ale pracę swą oparł na materiale zebrany w Japonii). Określić te ostatnie bliżej, wskazać na tę lub inną przyczynę, może nawet zarazek, który w danym przypadku rozwój choroby spowodował, niepodobna przy obecnym stanie nauki. W każdym razie spostrzeżenie nasze może służyć poniekąd na poparcie poglądu STRÜMPPELLA o zakaźnej przyrodzie *neuritidis multiplicis*. Autor ten doszedł do takie-

<sup>41)</sup> Lewin. Real Encycl. Bd. I S. 680.

<sup>42)</sup> Ziemssen XV S. 289.

go wniosku na zasadzie tego, że w typowych przypadkach tego cierpienia istnieją ogólne objawy, jak ostry początek, dreszcze, gorączka, ogólne niedomaganie, ból głowy, niekiedy białkomocz i t. d., wspólne prawie wszystkim zakaźnym chorobom, następnie na zasadzie tego, że po niektórych zakaźnych chorobach, jak błonica, ospa, tyfus, rozwija się niekiedy obraz chorobowy najzupełniej do *neuritis multiplex* podobny (MEYER znalazł w istocie, że zapalenie nerwów jest właściwą podstawą anatomiczną porażen błonicowych. Patrz wyżej). SCHEUBE wykazał, że Kak-ke (Beri-beri) zdarza się głównie w miastach w domach i zakładach, gdzie dużo jest nagromadzonych ludzi i w porze największych upałów, to jest w Lipcu i Sierpniu. Przypuszcza on, że Kak-ke jest chorobą miazmatyczną, której zarazek unosi się w powietrzu i jest przenośny, jak tego epidemie na okrętach dowodzą. Rasa japońska jest bardziej, aniżeli inne uspo-biona do tego cierpienia (europejczycy mało zapadają), jak również mężczyźni, wiek młodzieńczy i prowadzący życie siedzące (uczniowie, nauczyciele, duchowni i t. d.) I u moich chorych cierpienie rozwinęło się w ciasnym, wilgotnym i dusznym, wychodzącym na brudne podwórze, mieszkaniu, składającym się z 2 pokojów, z których jeden przeznaczony na warsztat i kuchnię, drugi na wspólną dla wszystkich sypialnię. Ta okoliczność, jak zarówno i nadmiar pracy, na który się chora nasza skarżyła, mogą, nadwątlając ustrój, stworzyć usposobienie, grunt do przyjęcia się pewnej szkodliwości, prawdziwa przyczyna choroby, domniemany zarazek, pozostaje tak w naszych przypadkach, jak i SCHEUBE'GO, ukrytym.

(d. c. n.)

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

42. Leczenie astmy odczyt Dr. LAZARUS w Tow. lek. Berl. (*Berl. Klin. Woch.* 1887. Nr. 7).

Autor rozpatruje tylko leczenie astmy oskrzelowej. Zadaniem leczenia winno być: zapobieganie rozwojowi astmy, przerwanie napadu, o ile można najprędzej, a także leczenie zaburzeń następczych. Astma, według zdania badaczy, jest chorobą dziedziczną i autor zgadza się z tym poglądem najzupełniej, mając sposobność stwierdzenia go w 15% spostrzeganych przez siebie przypadków. Żołyzy, szczególnie nosa i gardzieli, a także i inne choroby, np. koklusz, usposabiają do powstawania astmy; z tego też względu, u osobników dotkniętych temi cierpieniami, leczenie zapobiegawcze winno być stosowane. Polega ono głównie na leczeniu miejscowem i swoistem. Niejednokrotnie przekonał się autor, że dzieci żożzowate, podlegające częstym nieżydom nosa i oskrzeli, mające przerosłe migdały, a obok tego usposobienie dziedziczne do astmy, przy stosowaniu miejscowego, przeważnie chirurgicznego leczenia, obok podawania do wewnątrz tranu i jodu, były zupełnie zdrowe i u żadnego z nich, po długoletniej nawet obserwacji, rozwoju astmy nie zauważono. Przy leczeniu właściwego napadu, autor sądzi, że należy się starać przedewszystkiem o przerwanie napadu, o ile można najprędzej, albowiem napad taki wyczerpuje organizm i długie jego trwanie wywiera niepośledni wpływ na zaburzenia następcze.

W celu wypełnienia powyższych wskazań, używa się chloralu, chloroformu i podskórnego zastrzykiwania morfiny. Specyficznego działania przy napadzie astmatycznym, autor żadnemu z tych środków nie przypisuje, przyjmując tylko ich usypiające i odurzające działanie.

Obok środków powyższych, często są w użyciu, więcej jeszcze u publiki, niż u lekarzy, różnego rodzaju środki, przygotowywane przeważnie w postaci papierosów lub cygar. Mają one wspólny działający czynnik, narkotyk i, według autora, posiadają tę wyższość nad poprzednimi, że obok odurzających, posiadają jeszcze własności wykrztuśne. Wyliczone dotąd środki znane były już od dawna, dzięki zaś nowszym spostrzeżeniom, poznano jeszcze wiele innych. Autor zalicza tu paraldehyd, Quebracho, Hyoscinium, amylnitrit, nitroglicerynę, natrium nitrosum, pyridinę i kokainę.

Paraldehyd, według autora, nie wywiera wybitniejszego działania przy astmie, tem więcej jeszcze autor nie zaleca tego środka, ponieważ jest on nieprzyjemnym w użyciu i chorzy odmawiają zwykle przyjmowania go w bardzo krótkim czasie.

EDLEFSEN i ILLING zalecali bardzo jeszcze w 1881 r. stosowanie *hyoscinium muriatricum* przeciw astmie, autor jednak nie zgadza się z nimi, gdyż nie otrzymywał nigdy zadawalających rezultatów.

Co się tycze amylnitritu, wprowadzonego w 1867 r. przez BRUNTON'A, autor przekonał się o skuteczności tego środka w kilku przypadkach astmy oskrzelowej. Poleca on jego użycie w następujący sposób: małe rurki szklane, zawierające po 4 — 5 kropli amylnitritu, należy zgnieść w chusteczce do nosa i wdychać łatwo parujący płyn. LEYDEN i KORCZYNSKI również chwala ten środek.

*Natrium nitrosum*. Zalecany przez HAY'A w Londynie w 1883 roku, był stosowanym przez autora, w stosunku 1,5 : 100, 2—3 razy dziennie po łyżeczce od herbaty. Przy astmie oskrzelowej rezultaty otrzymane przez autora nie były zadawalające, podczas gdy przy *asthma cardiacum* skutek był bardzo wyraźny.

Zalecana w 1878 r. przez MURREL'A nitrogliceryna, posiada podobne własności co i poprzednie dwa środki; działanie jej jednak jest mniej łagodne. Autor stosował ją bez widocznych rezultatów.

Tra-Quebracho zalecaną była przez PENTZOLD'A jeszcze w 1881 r. Według zdania autora działanie tego środka, jako specyficznego przy astmie, jest niepewne i szybko przemijające.

GERMAIN SÉE w 1885 r. zalecał pyridinę, którą się wlewa w ilości 5 — 8 grm. na talerz i chory wdycha ją. Autor nie otrzymał tutaj żadnych rezultatów, raz ze względu na to, że chorzy potrzebują pewnego przymuszania się, ażeby zostawać w tak nieznośnej atmosferze, otrzymując w zamian za to nieznaczną, lub prawie żadną ulgę w cierpieniu, a także i dla tego, że działanie pyridyny, wywiera skutki podobne do nadmiernego użycia nikotyny (bicie serca, nudności, niekiedy utratę przytomności).

Co się tycze nareszcie kokainy, autor wspomina, że stosowaną ona bywa w przypadkach astmy, zależnych od cierpienia nosa. Po zapenzlowaniu błony śluzowej nosa lub gardzieli 10% roztworem kokainy, działanie jest tak prędkie, pewne i zdmuwiające, że autor zmuszony był powstrzymać się od zbyt częstego stosowania tego środka, aby nie powstały stąd następstwa, podobne do zatrucia morfiną.

Kiedy kokaina była jeszcze bardzo drogą, radził ROSENBERG zastępować ją mentholem, chorzy jednak autora uskarżali się na drażniące działanie tego środka i autor użycia jego zaniechał.

Zalecane w najnowszych czasach wstrzykiwanie olejku mentolowego pod błonę śluzową krtani, nie było probowane przez autora, zasługuje jednak na wzmiankę.

SCHAEFFER, przy leczeniu astmy oskrzelowej używał prądu faradycznego,

przykładając elektrody po bokach krtani. Autor potwierdza to spostrzeżenie, mówiąc, że prąd faradyczny, w ten sposób stosowany, szybko kończy napad astmatyczny.

Wspomnieć nareszcie należy o zastosowaniu przy leczeniu astmy, galwanokaustycznego przyżegania błony śluzowej nosa. Jakkolwiek pogląd o związku cierpienia błony śluzowej nosa z astmą, był wypowiedziany jeszcze przez VOLTOLINIĘGO i BERNHARD'A FRAENKEL'A, jednakże dopiero od 5 lat ta metoda leczenia była wprowadzoną przez HAACK'A. Jakkolwiek rezultat, jaki otrzymujemy, stosując metodę HAACK'A, przy leczeniu astmy, chwilowo jest bardzo korzystny, nie widział jednak autor dłuższej poprawy i zupełnego wyleczenia. ROSSBACH sądzi, że bardzo ważną rolę przy leczeniu HAACK'A gra usposobienie nerwowe indywiduum. Wiadomo bowiem, że u osób np. hysterycznych, niektóre objawy znikają, przy stosowaniu leczenia, które działa na nastrój duchowy chorego. KRAUSE uważa zalecane przez HAACK'A szerokie zastosowanie galwanokauteru wprost za niebezpieczne i sądzi, że wystarczającym jest; za pomocą przyżegania rozrosłych części błony śluzowej, oswobodzić obwodowe zakończenia nerwowe od ucisku. Autor jest zdania, że u astmatyków należy zwracać uwagę na znaczniejsze zbożenia chorobowe błony śluzowej górnych dróg oddechowych i takowe, jeśli to możliwe, drogą chirurgiczną usunąć. Nie należy jednak każdej wydlatności błony śluzowej usuwać w tem przekonaniu, że tą drogą astma wyleczona będzie.

Oprócz wyżej przytoczonych sposobów leczenia astmy, z których żadnemu autor zbyt wielkiej doniosłości nie przypisuje, wspomina dalej, że środkiem, który mu największe oddawał usługi, był jodek potasu, zażywany wewnątrznie z równą dawką wodoru chloralu. Podaje autor oba te środki razem, nie mniej niż po 1 grm. 1—2 razy w czasie napadu.

Mówiąc o zaburzeniach występujących jako następstwo jednego lub często powtarzających się napadów, autor wspomina przedewszystkiem o rozedmie płuc i chronicznym niezycie oskrzeli. Klimatyczne leczenie tych cierpień oddawna było w użyciu. Nie ulega wątpliwości, że przebywanie w południowym klimacie, gdzie zmiany temperatury są rzadkie i nieznaczne, często bardzo bywa pomocnem w tych przypadkach. LEYDEN zaleca wzięwanie słabych roztworów soli kuchennej, które działają rozpuszczająco na kryształki astmy i ułatwiają odpluwanie. W najnowszych czasach zalecano w tych przypadkach terpinhydrat. Autor stosował takowy bardzo często i znajduje, że jest on bardzo skutecznym. LAZARUS podawał terpinhydrat w pigułkach 0,5 pro dosi 3 razy dziennie i w krótkim już czasie spostrzegał zmniejszenie się wydzieliny błony śluzowej oskrzeli i łatwe odpluwanie. Oprócz powyższych sposobów leczenia autor sądzi, że zastosowanie pneumatoterapii jest najskuteczniejszą drogą do osiągnięcia dobrych rezultatów przy zaburzeniach w mowie będących. Pomędzy wieloma przypadkami, które autor miał sposobność spostrzegać, najmniej  $\frac{9}{10}$  było tego rodzaju, że dopiero po bezskutecznem użyciu wszystkich innych środków, stosowano leczenie w pneumatycznych gabinetach. Statystyka wykazuje tak znaczną ilość przypadków, w których nastąpiła znaczna poprawa, lub zupełne wyleczenie, że autor uważa za stosowne pneumatoterapię najgoręcej zalecać. Poprawa rzadko występuje wcześniej po 30 — 40 posiedzeniach.

Obok pneumatoterapii poleca autor używanie jodku potasu, przez całe miesiące, w średnich dawkach, a także wielotygodniowe zastosowanie terpinhydratu.

W ożywionej dyskusyi nad odczytem LAZARUS'A, przyjmowali pomiędzy innymi udział:

SCHADEWALDT, który sądzi, że astma jest nerwicą nerwu trójdzielnego

i że przy leczeniu należy uwzględnić przede wszystkim elektryzację tego nerwu.

PATSCHKOWSKI powiada, że stosował przy leczeniu astmy penzlowanie jodyną klatki piersiowej, z rezultatem bardzo dobrym.

Nakoniec W. LUBLIŃSKI sądzi, że podawanie podczas napadu astmy narkotyków (morfina, chloral) jest bardzo skuteczne. Przy cierpieniach następczych po astmie używał LUBLIŃSKI ze skutkiem oprócz terpinhydratu innych jeszcze środków balsamicznych, a mianowicie balsamu peruwiańskiego i myrrhy.

J. S.

## ODCZYTY KLINICZNE.

**O nieżytach pęcherza moczowego** przez prof. GUYON'A (*Annales des maladies des organes génito-urinaires* 1886, 1887).

Streścił Dr. T. Solman.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 23).

Nieżyt pęcherza moczowego u kobiet. Nieżyt pęcherza u kobiet wydarza się nie tak często jak u mężczyzn, jednakże bynajmniej nie jest zjawiskiem bardzo rzadkiem i, jak niektórzy utrzymują, wyjątkowym. Względna rzadkość powyższego cierpienia u kobiet zależy w znacznej części od następujących warunków: 1) od rzadszego niż u mężczyzn porażenia tryprowego, 2) od tego, że nawet w razie trypra cewki u kobiet rzadko zapalenie przechodzi na pęcherz, wreszcie 3) od braku tych przyczyn zatrzymania moczu, a następnie nieżyty pęcherza, które zależą u mężczyzn od zwężenia cewki i od przerostu gruczołu krokowego. Największy wpływ na powstawanie nieżyty pęcherza u kobiet wywierają zmiany fizyologiczne i chorobowe macicy, są one najważniejszym czynnikiem nieżyt wywołującym, to też GUYON głównie ten moment przyczynowy rozpatruje, nie wspominając obszerniej o nieżycie przy tryprze, gruźlicy, kamieniach i nowotworach, ponieważ te ostatnie odmiany nieżyty występują prawie zawsze w taki sam sposób, jak to już widzieliśmy, a różnica płci nie ma tu wybitnego znaczenia.

Działanie macicy na pęcherz może być dwojakie: dynamiczne i mechaniczne. W pierwszym przypadku mamy do czynienia z rozprzestrzenieniem się zjawisk przekrwienia, przechodzącego na pęcherz z macicy, w drugim przypadku sprawa zależy od ucisku, wywartego na pęcherz przez powiększoną macicę lub zmianę w jej położeniu.

Przekrwienie macicy od spraw fizyologicznych lub patologicznych zależne łatwo przechodzi na pęcherz, co tłumaczy się dokładnie anatomiczną budową układu naczyniowego. Tętnice maciczne pochodzą z tego samego źródła, co i tętnice dolne pęcherza, mianowicie z tętnic miednicowych (*aa. hypogastricae*): nadto od tętnic macicznych idą do tylnej ściany pęcherza liczne gałęzie tętnicze; wreszcie sploty żyłne pęcherza, bardzo rozwinięte u kobiet, mają liczne połączenia ze splotem żylnym macicznym, a mianowicie: tylne żyły pęcherza łączą się z żyłami przedniej ściany macicy i wspólnie dopiero wlewają się do splotów maciczno-jajnikowych (*plexus utero-ovarialis*), przebiegających po bocznych ścianach macicy. Widzimy zatem, jak liczne i ważne powyższe połączenia naczyń, nie więc dziwnego, że przy przekrwieniu naczyń macicy jednocześnie napełniają się krwią naczynia pęcherza, sprowadzając objawy przekrwienia i nieżyty. Tak np. podczas miesiączki oddawanie moczu staje się znacznie częstszym a czasami nawet bolesnym, dalej istniejące już objawy zapalenia nieżyty pęcherza zazwyczaj wtedy się wzmagają, po przejściu zaś miesiączki natężenie ich zmniejsza się, co szczególnie różnych odmian nieżyty

przewlekłego dotyczy. Podobny wpływ jak miesiączka wywiera też ustanie per-jodów, co już zauważył CIVIAL, który mówi, że w czasie klimakterycznym nie-żyty pęcherza wydarzają się często, są ciężkie i uporczywe. Wpływ jednak macicy na pęcherz uwydatnia się szczególnie podczas ciąży: wiadomo jak silnie rozszerzają się wówczas naczynia macicy, tudzież pochwy i sromu, otóż podobne zmiany powstają poniekąd i w naczyniach pęcherza, i wskutek tego właśnie w pierwszych tygodniach ciąży, zanim jeszcze powiększenie macicy mogło by stać się przyczyną ucisku na pęcherz, występuje u kobiet częsta potrzeba oddawania moczu, ponieważ jednak temu częstemu urynowaniu nie towarzyszy bolesność, więc zazwyczaj kobiety na tę dolegliwość zupełnie się nie uskarżają. Czasami jednak przekrwienie pęcherza jest wybitniejszym, i wtedy do częstszego urynowania przyłącza się trudność i bolesność oddawania moczu. Prawie czwar-ta część ciężarnych kobiet, podług MONOD'A, ulega w początku ciąży zaburze-niom w urynowaniu.

Nietylko jednak zmiany fizyologiczne macicy wpływają na rozwój nieżytu pęcherza, lecz również wybitnie częstokroć występują zmiany w pęcherzu moczowym przy cierpieniach macicy od zapalenia, nowotworów, lub zmian w po-łożeniu zależnych. Nigdy przyływ krwi do narządów leżących w małej miednicy nie jest jednak tak znaczny jak podczas ciąży, i dlatego też częstokroć objawy nieżytu pęcherza przy innych wymienionych sprawach chorobowych są mniej wyraźne, niż podczas ciąży, chociaż czasami spostrzegać się też dają w pęcherzu zaburzenia stale trwające i uparte postacie nieżytu, które prawdopodobnie za-leżą od zapaleń przewlekłych macicy, i nie znikają wcześniej, aż wyleczenie lub przynajmniej znaczna poprawa stanu zapalnego macicy nie nastąpi. Z powyższych danych wynika ważna praktyczna wskazówka, a mianowicie, że gdy spostrzegamy w narządach moczowych u kobiet zaburzenia, których pochodzenie jest zagad-kowe, wtedy zawsze powinniśmy szukać przyczyny w zmianach fizyologicznych i chorobowych macicy. Słusznie więc zauważył BARNER, że badanie kliniczne cierpień pęcherza u kobiet najczęściej dziedziny gynecologii dotyczy. Jest to tak dalece prawdziwe, że nigdy nie należy stanowczo orzekać o naturze pę-cherzowego cierpienia u kobiet bez najściślejszego zbadania wszystkich części narządu płciowego.

Pozostaje nam rozpatrzyć w jaki sposób macica działać może na pę-cherz mechanicznie t. j. drogą bezpośredniego ucisku. Działanie to może być rozmaite zależnie od tego, czy ucisk powoduje zatrzymanie moczu lub też nie. Jeżeli działanie tego mechanicznego ucisku ogranicza się li tylko do utrudnienia rozszerzania się pęcherza, do mechanicznego zmniejszania jego pojemności (przez ucisk z zewnątrz), nie stawiając przeszkód jego opróżnianiu się, wówczas bezpośredni następstwem będzie li tylko częstsza potrzeba ury-nowania. Powyższe względnie nieznaczne zaburzenie pogarsza się jednak wsku-tek tego, że macica, uciskając pęcherz jednocześnie może powodować mniej lub więcej znaczny przyływ krwi, wskutek którego do zaburzeń mechanicznych przyłączają się objawy przekrwienia pęcherza. Na szczególne uwzględnienie zasługuje silny i długotrwały ucisk główki podczas trudnego porodu, w tych warunkach powstać nawet mogą znaczne uszkodzenia urazowe, zmiążdżenia, przyczem w błonie śluzowej, a nawet i w całej grubości ścian pęcherza, łatwo objawy zapalne występują. Podobne uszkodzenia powstać też mogą po ręko-czynach położniczych, jak np. po nałożeniu kleszczy. Z wyjątkiem powyższych przypadków, od trudnego porodu zależnych, ucisk na pęcherz niewywołujący zatrzymania moczu nie przedstawia wogóle nic groźnego. Wrazie zupełnego za-trzymania moczu obraz się zmienia; pęcherz rozciąga się, ulega przekrwieniu i staje się nadzwyczaj skłonny do zapalenia. Jeżeli zatrzymanie występuje nagle, wtedy rozpoznać je łatwo, lecz gdy powstaje stopniowo, co względnie często wydarza się w początku ciąży, wtedy częstokroć może być nierozpozna-

nem. Występuje wówczas: częsta potrzeba urynowania, trudność oddawania moczu, czasami moczoćciek, pęcherz bardzo znacznie się rozszerza, dochodząc do pępka i wyżej nawet; w wyjątkowych przypadkach spostrzegano pęknięcie pęcherza. Te znaczne rozszerzenia pęcherza usposobiają do nieżyty, który bywa tem groźniejszy, że niejednokrotnie nadmiernie rozszerzony pęcherz odrazu, a przynajmniej zbyt szybko, bywa z zawartości opróżnianym. Prawidłowo powolnego, stopniowego i aseptycznego opróżniania pęcherza stosowane tu być winno również ściśle, jak u chorych dotkniętych rozszerzeniem pęcherza przy przeroście gruczołu krokowego.—Ucisk pęcherza bez zatrzymania moczu wydarzyć się może, przy wszelkich zmianach w macicy ze znacznym jej powiększeniem, jako to: podczas ostatnich miesięcy ciąży, a szczególnie podczas porodu, przy znacznych rozmiarów włókniakach i mięsakach macicy, następnie przyczyną może być zmiana położenia macicy, szczególnie zgięcie i nachylenie jej ku przodowi, wreszcie okołomaciczne wysięki zapalne, wypełniające jamę miednicy, przybliżające macicę do tylnej ściany pęcherza. Ucisk pęcherza moczowego z zatrzymaniem moczu wydarza się najczęściej przy zgięciu i odchyleniu macicy ku tyłowi, przyczem szyjka maciczna jest skierowana ku przodowi, ku spojeniu łonowemu i zacieśnia lub przemieszcza cewkę. Powyższe objawy, towarzyszące tyło-pochyleniu lub tyłozgięciu macicy występować mogą i bez ciąży, najczęściej jednak spostrzegać się dają w trzecim i czwartym miesiącu ciąży, wtedy bowiem długość macicy dosięga 11 ctm. t. j. równa się poprzecznemu wymiarowi miednicy, a więc zmiana położenia macicy łatwo się mechanicznymi zaburzeniami czynności pęcherza objawia. Zatrzymanie moczu przy tyło-pochyleniu może stać się przyczyną nader silnego nieżyty, w tych właśnie warunkach spostrzegamy niekiedy ciekawe zjawisko polegające na wydzielaniu się z pęcherza fałszywych błon, w formie worka, stanowiącego niekiedy jakby odlew wewnętrznej powierzchni pęcherza.

Do wystąpienia nieżyty potrzebne są oprócz powyższych warunków sprzyjających pewne przyczyny wywołujące; wskutek tych ostatnich przekrwienie pęcherza przechodzi w zapalenie. I tak np. przeciębień, nadużycie napojów wyskokowych, nadmierne spółkowanie może stać się przyczyną przypadkowego zatrzymania moczu i spowodować nieżyt. Czasami tylko bez widocznej przyczyny wywołującej, a li tylko pod wpływem pewnego sprzyjającego usposobienia ze strony organizmu, nieżyt rozwinać się może. Nieżyt pęcherza podczas ciąży zjawia się w różnych jej okresach: z samego początku, około trzeciego lub czwartego miesiąca, w końcu ciąży i po porożu. Najciekawszym tak co do znaczenia jak i co do warunków powstawania jest nieżyt pęcherza, występujący po porożu lub po poronieniu, jest to tak zwane *cystitis postpuerperalis* (MONOD'A) lub *cystitis post partum* (BOISSARD'A). Powyższa odmiana nieżyty zaledwie w ostatnich czasach była dokładnie zbadaną. Większość autorów uważa obecnie jako główną przyczynę nieżyty po porodzie lub po poronieniu, wpływ mikrobów, które za pośrednictwem cewnika przeniesione zostają do pęcherza. Drobnoustroje mogły by nawet przeniknąć do pęcherza bezpośrednio wskutek krótkości cewki, tembardziej, że po porodzie otwór cewki zewnętrznej jest ciągle zwilżany płynem zanieczyszczonym odchodami połogowymi. GUYON, nie ujmując w niczem doniosłości powyższego poglądu dodaje jednak, że oprócz przedostania się mikrobów do pęcherza, ważny wpływ na powstawanie nieżyty wywiera zatrzymanie moczu, spostrzegane często w pierwszych dniach po porodzie, powodujące potrzebę opróżniania pęcherza cewnikiem, przyczem szczególny nacisk kładzie na konieczność powolnego i stopniowego opróżniania pęcherza, o czem zresztą wyżej wspominaliśmy. BUMM, znalazłszy w moczu przy nieżycie pęcherza po porożu diplokokki, podobne do gonokokków, analogiczne z mikrobami, które DOLERIS widział w odchodach połogowych, przypuszcza, że mikroby te przedostają się do pęcherza wskutek cewnikowania, zaznacza jednak, że dro-



bnoustroje te widział tylko w tych przypadkach, w których poprzednio istniały zmiany w błonie śluzowej pęcherza. Opierając się na powyższem spostrzeżeniu, GUYON twierdzi, że właśnie zmiany w błonie śluzowej pęcherza przy zatrzymaniu moczu wystarczają i przyczyniają się do wytworzenia gruntu, sprzyjającego rozwojowi mikrobów.

Jako objawy nieżyty pęcherza u kobiet występują: częsta gwałtowna potrzeba oddawania moczu z bólami przy końcu urynowania, obecność w moczu ropy, a czasami domieszka nieznacznej ilości krwi w ostatnich kroplach moczu. Jeżeli nieżyt wydarza się podczas ciąży, a szczególnie w początku, wtedy zwykle odznacza się wogóle łagodnym przebiegiem, chociaż niekiedy może stać się przyczyną poronienia (*Terillon, Monod*). Nieżyt po porodzie jest cięższym, nie tylko występuje jako cierpienie ostre i dokuczliwe, ale przedstawia skłonność do przejścia w stan przewlekły i uporeczywego trwania, GUYON przytacza przypadek dotyczący kobiety, u której nieżyt trwał półtora roku po porodzie, przy czem szczególną przez cały przebieg odznaczał się bolesnością.

Przy rozpoznaniu nieżyty pęcherza u kobiet należy z kolei rozpatrzyć, czy rzeczywiście nieżyt istnieje, czy nieżyt powyższy zależy od zmian w macicy, czy też powstał pod wpływem innych przyczyn, jako to: trypra, kamienia, gruźlicy, nowotworów, wreszcie jeżeli zależy od zmian w macicy, to jakie mianowicie są te zmiany.—Aby określić istnienie nieżyty pęcherza trzeba przedewszystkiem przekonać się, że mocz ropę zawiera, jest to warunek niezbędny, podczas gdy wszystkie inne objawy nieżyty mogą być napotykanne w różnym stopniu bez zapalenia pęcherza, i na odwrót niekoniecznie istniejącemu zapaleniu pęcherza towarzyszą. Tak np. częste urynowanie spotykamy przy zmianach od stanu macicy, nerek, układu nerwowego zależnych. Szczególniej pamiętać należy, że niejednokrotnie przepuklinie pęcherzowo-pochwowej (*cystocoele vaginalis*) towarzyszy częsta potrzeba urynowania, lekarze nieraz sądzą, że istnieje nieżyt pęcherza, gdy tylko z przepukliną mają do czynienia. Dostrzegłszy ropę w moczu zbadać należy, czy ona rzeczywiście z pęcherza czy też z nerek lub sąsiednich narządów pochodzi, albowiem często u kobiet upływy z pochwy do moczu domieszać się mogą doprowadzając badacza do mylnych wniosków. Jeżeli oznaczyliśmy, że istnieje nieżyt pęcherza, ponieważ w moczu jest ropa, nie mogąca pochodzić z żadnego innego jak pęcherz źródła, pozostaje nam określić umiejscowienie uszkodzeń i stopień zapalenia. Przy tem powinniśmy się kierować objawami i bezpośredniem badaniem, które u kobiet jest daleko łatwiejsze niż u mężczyzny i do pewniejszego doprowadza wnioskowi. Badanie przez pochwę i ucisk w okolicy nadłonowej oddzielnie lub w połączeniu z sobą dokonywane pozwolą określić umiejscowienie i siłę bólów. W przypadkach ostrych wprowadzenie palca do pochwy, przy jednoczesnym nacisku na okolicę nadłonową wywołuje silne bóle. Badanie przez pochwę i jednocześnie przez powłoki brzuszne, powinno być o ile można zawsze wykonywanem, łatwo wtedy, przyciskając pęcherz ku spojeniu łonowemu, określić: wrażliwość pęcherza na ucisk i stopień zgrubienia ścian pod wpływem zapalnego nacieczenia. Wreszcie określenie umiejscowienia bólu dokonać można bądź za pośrednictwem elastycznego cewnika z zakończeniem w kształcie oliwki, bądź za pośrednictwem cewnika metalowego o małej krzywiznie.

Określiwszy nieżyt, jego umiejscowienie, zbadać należy, czy cierpienie nie zależy od przekrwienia, zapalenia macicy lub ucisku wywartego przez nią na pęcherz, o czem dokładne zbadanie macicy objaśni nas winno. Lecz i w tym nawet razie jeśli badanie to wykaże nam warunki do nieżyty pęcherza usposabiające winniśmy szczególne zwrócić baczenie, czy tryper, jako przyczyna wywołująca, stanowczo wykluczonym być może, przyczyna ta bowiem występuje częściej niż na pierwszy rzut oka zdawać by się mogło, a niekiedy dopiero ściśle zbadanie nie tylko kobiety samej ale i jej męża, do którego to badania mi-

mo jego drażliwości uciesić się czasami musimy, pozwoli nam uniknąć wadliwego określenia przyczyny cierpienia.

Przy leczeniu nieżytu pęcherza u kobiet powinniśmy starać się nie tylko usunąć zmiany w samym pęcherzu, lecz jednocześnie, a nawet przedewszystkiem zmiany w macicy, dopóki bowiem cierpienie macicy nie ustąpi, dopóty pęcherz pozostaje w złych do wyleczenia warunkach. Jeśli przyczyną nieżytu jest ciąża, prawidłowo przebiegająca, wtedy zwykle oczekiwać trzeba normalnego jej kresu; jednakże pomimo ciąży można przystąpić do miejscowego leczenia nieżytu pęcherza i osiągnąć wyleczenie zanim macica do normalnego stanu powróci. Środki miejscowego leczenia pęcherza nie różnią się od tych, które przy leczeniu nieżytu zwykle się używają; przedewszystkiem więc wskazane tu są środki, uśmierzające i przeciwzapalne. W niektórych jednakże przypadkach takie postępowanie nie wystarcza i wypada wówczas stosować na błonę śluzową bezpośrednio środki lecznicze, z których jednym z najskuteczniejszych są, wstrzykiwania i wkraplania roztworów azotanu srebra (1:500). Jeżeli i ten środek nie okazał się skutecznym, wtedy zastosować należy inne sposoby leczenia a mianowicie: rozszerzenie szyjki pęcherza i cięcie pochwowo-pęcherzowe. Rozszerzenie szyjki pęcherza, o skuteczności którego empirycznie przekonano się dawało niejednokrotnie dobre wyniki, postępowanie to zasługuje zatem na osobną wzmiankę, przy leczeniu upartych postaci nieżytu. Osobiste jednakże spostrzeżenia GUYON'A wykazały, że rozszerzenie szyjki pęcherza moczowego jest wogóle mało skutecznym i niepewnym, i jedynie czasami sprowadza nieznaczne polepszenie przejściowe. Najskuteczniejszym sposobem leczenia, które w przypadkach ciężkich stosować należy jest cięcie pochwowo-pęcherzowe czyli t. z. *kolpocystotomia*, dzięki któremu jedynie możliwym jest stałe opróżnianie się pęcherza bez kurczenia się i rozszerzania ścian jego. Chirurgowie amerykańscy, szczególnie BOZEMANN i EMMET pierwsi to cięcie wprowadzili i rozpowszechnili. GUYON również z pomyślnym skutkiem stosował powyższą operację w pewnej liczbie przypadków po poprzednim bezskutecznym stosowaniu wszelkich innych sposobów leczenia, przyczem zawsze spostrzegł bezzwłoczne uśmierzenie bólów, z szybko następującą poprawą. (d. n.)

## Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

**Krajowe.** Komitet Kasy wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych, na posiedzeniu w dniu 20 b. m. i r. odbytem następujące wsparcia: 3 lekarzom 140 rs., 47 wdowom, sierotom i matkom po lekarzach pozostałym, którzy za życia wnosili składki do Kasy wsparcia 1345 rs., 23 takimże osobom pozostałym po nieczłonkach Kasy 625 rs. Wogóle 73 osobom rozdano 2110 rs. Nadto przyznano po 90 rs. 5-ciu wdowom z funduszu ś. p. d-ra Jana Bęcwicza, a mianowicie: Kuczyk Józefie, Sturgulewskiej, Kosińskiej, Czerwińskiej i Szczepkowskiej. Tym sposobem udzielono wsparć 78 osobom w ogólnej kwocie 2560 rs., zatem przeciętnie wypada zaledwie 33 rs. na jedną osobę.

— Posiedzenie kliniczne do datkowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbędzie się we Wtorek dnia 28 Czerwca 1887 r. o god. 6 $\frac{1}{2}$  wieczorem.

I. MATLAKOWSKI. Zestawienie laparotomii, dokonanych przy chorobach organów płciowych kobiecych (z demonstracją preparatów).

II. ZAGÓRSKI. Sprawozdanie z pracy D-ra SZTEYNERA.

III. SZTEMBART. 1) Wycięcie fibro-myomatu macicy wraz z częścią jajnika. 2) Owaryotomia.

IV. MEYERSON. 1) O pęcherzach kostnych w nosie (z przedstawieniem chorego). 2) Przypadek aphoniae spasticae (z przedstawieniem chorego).

V. Wybory na Członków czynnych.

*Uwaga.* Uprasza się kolegów o liczne zgromadzenie się na posiedzenie.

**Zagraniczne.** Akademia lekarska w Turynie przeznaczyła nagrodę w ilości 20,000 fr. za pracę nad zapobieganiem i przyrodą jednej lub kilku chorób zakaźnych. Termin dla rozpraw w językach łacińskim, francuzkim lub włoskim upływa z końcem 1891 roku.

— Dr. WAKLEY w Londynie zapisał posiadłość swą kolegium uniwersyteckiemu, przeznaczony dla założenia domu dla rekonwalescentów; prócz tego 5,000 funtów na utrzymanie rzeczzonego zakładu. Fundacya ma na celu uczczenie pamięci ojca d-ra Wakley'a, założyciela Lancet'a.

— Berlińskie Tow. Lek. postanowiło nie wysłać delegatów na kongres międzynarodowy w Waszyngtonie, a to z powodu nader nieprzychylnego przyjęcia delegacyi na ostatnim kongresie w Kopenhadze. Zebrani, głównie francuzi i amerykanie, nie przyjęli wówczas zaproszenia ani do Berlina, ani do innego miasta niemieckiego.

— Prof. WEIL, długoletni asystent Friedreich'a, powołany świeżo do Dorpatu na katedrę kliniki wewnętrznej, zmuszony jest opuścić posadę z powodu cierpienia krtani, nie dozwalającego mu prowadzić wykładów.

— Stwierdzono, iż jedną z głównych przyczyn stopniowego zmniejszania się ludności we Francyi jest znaczna śmiertelność dzieci skutkiem odziedziczonego przymiotu. Akad. lek. w Paryżu wydelegowała właśnie komisyję, mającą zbadać rzecz gruntownie. Referentem jest znany syfilidolog Fournier.

— W „Société de Biol”. HAXEM mówił o zachowywaniu się ilości ciałek bezbarwnych we krwi przy rozmaitych nowotworach. Normalnie znajduje się w jednym millim. sz. 6,000; przy nowotworach ilość ta we krwi bywa stale powiększoną. Tak np. przy raku dochodzi do 10,000; przy mięsaku jeszcze więcej. Po operacyi ilość ta stopniowo się zmniejsza, a po zupełnem zagojeniu się rany powraca do normy.

— W „Revue de l'hypnotisme”. Dr. BÉRILLON opisuje ciekawy przypadek letargu, trwającego od lat 4-ech. We wsi Thenelles, dep. Aisne, dziewczyna 25-letnia, cierpiąca na hysteropilepsyę, dostała w dniu 30 Maja 1883 r. kilka napadów kureczów, poczem zapadła w sen, trwający dotychczas. Jest ona w najwyższym stopniu wyniszczoną; pokładu tłuszczowego brak zupełnie. Skóra znieczulona, odruchy kolanowe zniesione, tętno 100, ledwo wyczuwalne, oddech bardzo słaby, szczykościsk, katalepsya. Wydzielin nie ma prawie wcale. Miesiączka ustala. Chora połyka dobrze.

### Wykaz prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zamieszczonych.

W Przeglądzie lekarskim. W N-rze 24. RUMSZEWICZ. Przyczynek do kazuistyki poli-pów spojówki oka. OBALIŃSKI. W sprawie techniki operacyjnej przy bocznej faryngotomii celem wydobycia nowotworów migdałka. CYBUŁSKI. O hypnozyzmie ze stanowiska fizyologicznego (c. d.). *Sprawy Towarzystwa lekarskich*. IX zwyczajne naukowe posiedzenie Sekcyi lwowskiej z d. 13 list. Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk. poznańskiego z d. 4 lutego.—V posiedzenie Komisji przemysłowej Tow. lek. krak. z d. 16 Kwietnia. W *Odcinku*. JABŁONOWSKI. Szkice sanitarne w Persyi (c. d.).

W Gazecie lekarskiej. W N-rze 25. T. HERYNG. O chirurgicznym leczeniu suchót krtani i ich wyleczalności (c. d.). J. GARBOWSKI. Uwagi o mięsieniu czyli massażu, oparte na własnem doświadczeniu klinicznym (c. d.). Wystawa Hygieniczna.

W Pamiętniku lekarskiem. Zeszyt 1. Urzędnicy i komitety Towarzystwa w r. 1887. Członkowie zmarli i wybrani w r. 1886. Spis członków czynnych. Wykaz posiedzeń klinicznych i biologicznych odbyć się mających w r. 1887.—W. KAMOCKI. Badania Anatomo-patologiczne nad oczami chorych na cukrzycę (z 2-ma tabl. rysunków).—L. ROSENBUSCH i J. KARLIŃSKI. O badaniu klinicznym kału ze szczególnem uwzględnieniem badania drobnowidzowego (dok) (z 19 rycinami chromolitograficznymi).—F. RUBINSTEIN. Sprawozdanie z przytułku położniczego Nr. 5 za pierwsze 30 miesięcy (przyczynek do statystyki położniczej).—Posiedzenie komitetu higieny publicznej od Października 1885 do Czerwca 1886 r.—Protokoły posiedzeń Towarzystwa od dnia 19 Stycznia do 20 Kwietnia 1886 r.—Budżet Towarzystwa na r. 1887. Bilans funduszków i własności Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego z końcem 1885 r.

REDAKTOR I WYDAWCA, DR. Gustaw Fritsche. Adres Redakey: Aleja Jerozolimska N. 80.

## ZAKŁAD LECZNICZY HYDROPATYCZNO-PNEUMATYCZNY

dla chorych przychodzących,

**D-rów DOBRZYCKIEGO i FRITSCHEGO**

Oboźna Nr. 5.

1) **Leczenie ścieśnionem powietrzem** w dwóch gabinetach pneumatycznych, oraz stosowanie wielkiego dwucylindrowego przyrządu o dowolnie zmiennem dodatkiem i ujemnem ciśnieniu, (wysiężki pleurytyczne, rozcięcie płuc, astmy, katary dróg oddechowych).

2) **Leczenie hydropatyczne.** Zakład zaopatrzony jest we wszystkie przyrządy według najnowszych wymagań nauki: kąpiele parowe, kąpiele rzymskie, kąpiele ogólne w obszernym bassenie, kąpiele wannowe, nasiadowe, natryski (prysznicz) o różnych temperaturach, natryski t. zw. **szkockie**, koce, oraz wszelkie procedury w zakresie hydropatyj wchodzące (osłabienie ogólne, blednica, liczne cierpienia nerwowe, początkowe cierpienia rdzenia pacierzowego, przewlekłe cierpienia żołądka i kiszek, zastarzałe reumatyzmy i t. d.)

3) **Massaż** czyli **terapia mechaniczna**, oraz kombinacya hydropatyj z masażem (skrzywienia członków, oraz zgrubienia stawów, szczególnie od wysięków zależne, chroniczne zaparcie kiszek, neuralgie obwodowego pochodzenia, i t. d.)

4) **Kąpiele: solankowe, żelaziste, igliwowe** (skrofule, niedokrewność, osłabienie ogólne).

5) **Inhaloterapia** czyli leczenie za pomocą **inhalacyj**. Zakład posiada przyrządy wszelkich systemów i konstrukcyj do stosowania wzięwań (stany kataralne dróg oddechowych z obfitem wydzielaniem połączone, jamy oskrzelowe, cuchnąca płwocina i t. p.)

**UWAGA.** Zawiadamia się Szanownych kolegów, iż osobom przybyłym z prowincyi, Zakład zapewnia: wygodne pomieszkowanie, higieniczną kuchnię do staun ich zdrowia zastosowaną, pomoc lekarską w każdej chwili, umiejętną obsługę, słowem wszystko co dla przeprowadzenia kuracyi jest niezbędnem, i to na warunkach jak najprzystępniejszych pod osobistym kierunkiem lekarskim. O szczegółach dowiedzieć się można na miejscu. (Oboźna N. 5).

W Instytucie wód mineralnych w Ogrodzie Saskim

wydawany jest przez dzień cały

**K E F I R**

Z zakładu Biertümpfla i Gessnera

Al. Jerozolimska N. 27, róg Kruczej

dawny zakład D-ra Wyszyńskiego.